



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MAIRAN RANGEL AGRA**

**FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE/PB: BREVE ANÁLISE ACERCA DO MODELO ASSISTENCIAL**

**CAMPINA GRANDE - PB**  
**2014**

MAIRAN RANGEL AGRA

FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE/PB: BREVE ANÁLISE ACERCA DO MODELO ASSISTENCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado sob forma de artigo ao Curso de Graduação de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Ms. Geraldo Medeiros Júnior

A277f    Agra, Mairan Rangel.  
Financiamento da política saúde no município de Campina Grande: breve análise acerca do modelo assistencial/ Mairan Rangel Agra. – 2014.

**32f.: il. color.**

**Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.**

“Orientação: Prof. Ms. Geraldo Medeiros Júnior, Departamento de Serviço Social”.

1. Política de saúde. 2. Modelo. 3. Financiamento. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

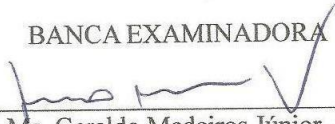
MAIRAN RANGEL AGRA

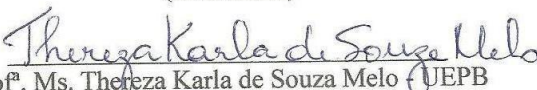
FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE: BREVE ANÁLISE ACERCA DO MODELO ASSISTENCIAL

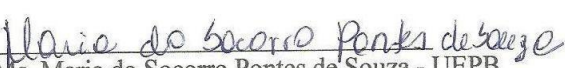
Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado sob forma de artigo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, outorgado pela Universidade Estadual da Paraíba.

APROVADO EM: 29 / 04 / 2014

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.<sup>o</sup>. Ms. Geraldo Medeiros Júnior – UEPB  
(Orientador)

  
Prof.<sup>o</sup>. Ms. Thereza Karla de Souza Melo UEPB  
(Banca examinadora)

  
Prof.<sup>o</sup>. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza - UEPB  
(Banca examinadora)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela graça da vida e pela dádiva de ser mãe.

Aos meus filhos, Lorrane e Pedro, pela oportunidade de tê-los em minha vida e por me darem o alicerce e a alegria necessária para continuar a caminhada.

Aos meus familiares pelo apoio ao longo da jornada. Em particular a minha mãe, Eliane Agra, que por ser uma profissional da saúde e aluna do curso especialização em saúde da família, compartilhou comigo seu conhecimento.

Aos professores que auxiliaram na minha formação pessoal e profissional, tornando-me uma pessoa crítica, propositiva e com uma mente aberta para novas possibilidades, em especial, ao meu orientador Geraldo Medeiros Júnior, pela paciência e incentivo para realização deste trabalho

Enfim, para todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a concluir esse curso, um especial, atencioso e sincero agradecimento.

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”*

(Chico Xavier)

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> - Despesa com recursos do município de CG/PB na Atenção básica e Assistência hospitalar	24
<b>GRÁFICO 2</b> – Despesas com recursos próprios de alguns municípios do nordeste .....	25
<b>GRÁFICO 3</b> – Despesa realizada com saúde, por esfera de governo .....	27
<b>GRÁFICO 4</b> – Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000 .....	28
<b>GRÁFICO 5</b> – Despesa com serviços de terceiros .....	29
<b>GRÁFICO 6</b> – Despesa (R\$) com saúde por habitante no município de CG/PB	29

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	07
<b>ABSTRACT</b> .....	07
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	10
2.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DA SAÚDE .....	11
2.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.3 CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO .....	15
2.4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: EFETIVAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE NO BRASIL?.....	19
<b>3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE</b> .....	20
3.1 EXPANSÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.....	21
3.1 POLITICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE .....	22
3.3 ANÁLISES DAS DESPESAS REALIZADAS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE (2006/2011).....	26
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31



# **Financiamento da política de saúde no município de Campina Grande/PB: breve análise acerca do modelo assistencial**

AGRA, Mairan Rangel<sup>1</sup>  
MEDEIROS JUNIOR, Geraldo<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Este trabalho tem por objetivo realizar uma breve análise sobre o modelo de saúde adotado no município de Campina Grande - PB no período de 2006 a 2013. A abordagem utilizada foi quantiqualitativa com base na análise dos dados contábeis disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no Relatório de Gestão de 2010, no Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 e nos Balancetes do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Os dados analisados revelam que, apesar de ser municipalizado, este ente federado destina recursos insuficientes para a garantia das necessidades básicas de saúde, cumprindo, na maioria das vezes, de forma burocrática a Emenda Constitucional nº29. Vale observar que esses investimentos são compostos expressivamente por recursos intragovernamentais e são aplicados, em grande parte, nos serviços de média e alta complexidade, mantendo, assim, o modelo hospitalocêntrico, baseado no paradigma conservador da saúde, voltado para a cura de doenças. Essas parciais observações, portanto, revelam a importância de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a real destinação dos recursos financeiros ao setor saúde e como estes recursos estão sendo utilizados para garantir a eficácia e eficiência das ações e serviços de saúde no município, servindo, dessa forma, como um possível mecanismo de controle social.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde. Modelo. Financiamento.

## **ABSTRACT**

This paper aims to carry out a brief analysis of the health model adopted in Campina Grande - PB in the period 2006-2013. Quantitative the approach used was based on the analysis of financial data available on the Information System on Public Budgets in health (SIOPS) in the Management Report of 2010, the Municipal health Plan 2010-2013 and the balance sheets of the Municipal health Fund (FMS). The data analyzed show that, despite being Peri, this federal entity intended insufficient resources for securing basic health need, fulfilling, mostly in bureaucratic fashion Constitutional Amendment No. 29. It is worth noting that these investments are composed expressively by intragovernmental and resources are applied largely in medium and high complexity services, thus keeping the hospital-centered model,

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Email:

<sup>2</sup> Professor Mestre do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Email:

based on conservative paradigm of health, facing the cure of diseases. These partial observations therefore reveal the importance of obtaining a deeper knowledge about the actual destination of financial resources to the health sector and how these resources are being used to ensure the effectiveness and efficiency of health actions and services in the municipality resources serving thus as a possible mechanism of social control .

**KEYWORDS :** Model of Health Policy , Financing .

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como proposta de reestruturação da política de saúde no Brasil, fruto das reivindicações do movimento de reforma sanitária, e materializado na Constituição Federal de 1988. Em 2006, o Programa Saúde da Família (PSF) é reconhecido como pelo governo federal como e passa a chamar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF transformou-se em um ponto de fundamental importância para a garantia dos direitos básicos em saúde da população, sendo porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), incentivado por investimentos do governo federal a partir da criação do Piso da Atenção Básica (fixo e variável) e conquistando a adesão da maior parte dos municípios brasileiros.

Nesta perspectiva, a política nacional de financiamento das ações e serviços de saúde sofreu mudanças impactantes, sendo crescentes as necessidades e os interesses em avaliar e monitorar os investimentos totais em saúde, a partir dos diversos indicadores e condicionantes que determinam o real investimento na política de atenção básica no Brasil.

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar (e discutir) a política de saúde do município de Campina Grande – PB. Analisar as despesas do município de Campina Grande/PB com a política de saúde. Comparar os gastos entre os níveis de complexidade. Averiguar o modelo de saúde adotado pelo município, com base no financiamento do setor, o que torna necessário conhecer alguns determinantes históricos envolvidos neste processo

Este Trabalho de Conclusão de Curso - TCC é um recorte das discussões desenvolvidas pelo projeto de pesquisa do PIBIC/CNPQ, cota 2010-2011<sup>3</sup>, intitulado **A Política de Saúde no município de Campina Grande: uma análise sobre a composição do Fundo Municipal de Saúde**. As discussões desenvolvidas nesse projeto fizeram parte do cronograma de atividades do Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS), do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB.

A partir dessas discussões focalizamos nossa análise em alguns indicadores de gestão da saúde, tendo como objetivo analisá-las na perspectiva de transformação do modelo de saúde no município de Campina Grande- PB. Para tanto, foi realizada uma concisa revisão bibliográfica acerca dos modelos de saúde, Sistema Único de Saúde – SUS, Estratégia Saúde

---

<sup>3</sup> Coordenadora do GEASPS: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Jordeana Davi. Coordenador do projeto: Prof<sup>º</sup>. Ms. Geraldo Medeiros Júnior. Alunas do curso de Serviço social integrantes da equipe: Andréa Lígia da Silva Santos, Elaine Dalexandra Cavalcante e Mairan Rangel Agra.

da família e o financiamento da atenção básica.

Para a concretização desse estudo foi utilizado o método crítico-dialético, pois, o mesmo possibilita compreender as relações históricas instituídas na sociedade, revelando, assim, a essência dos fenômenos. Segundo Triviños (1987), esse método “possibilita o aprofundamento da análise da realidade do fenômeno social com todas as suas contradições, dinâmicas e relações”. A pesquisa utilizada foi bibliográfica que, de acordo com Gil (2010, p. 29), “é elaborada com base em material já publicado”. Como, por exemplo, livros, revistas, jornais, teses, discos, CD’s, entre outros. Também foi realizada uma pesquisa exploratória que, de acordo com o mesmo, “têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

O lócus da pesquisa foi o município de Campina Grande - PB, que se configura como sede da II Macro Regional, referenciando 171 municípios, com uma população aproximada de 1,4 milhão (CAMPINA GRANDE, 2010-2013). A abordagem utilizada foi quantiquantitativa com base na análise dos dados contábeis disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no Relatório de Gestão de 2010, no Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 e nos Balancetes do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Portanto.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DA SAÚDE**

De acordo com Marques e Mendes (2010), o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulado, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Ao longo dos anos o modelo de assistência em saúde vem se modificando nas sociedades capitalistas. No início do século XX, surge a primeira proposta de mudança do modelo de saúde, elaborada pelo americano Abraham Flexner. O relatório Flexner, publicado em 1910, propunha um modelo polarizado de atenção à saúde, no qual, de um lado, estava o médico da comunidade, cuja formação deveria ser generalista para atuar nas pequenas cidades americanas e, de outro, o médico especialista cuja formação deveria ser mais qualificada para atender nos hospitais, explicitando assim uma superioridade dos médicos especialistas sobre os generalistas. Em contraposição a esta proposta, o inglês Bertrand Edward Dawson propôs

um sistema de saúde integrado, organizado por níveis de complexidade crescente, com serviços regionalizados e realizados, basicamente, por médicos de formação generalista.

Na década de 1950, o setor saúde é permeado por uma crise em escala mundial, decorrente do aumento generalizado dos gastos com a saúde. Com intuito de superar tal crise, foi realizada no ano de 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde — (Conferência de Alma Ata)<sup>4</sup>, que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, por reafirma a “saúde como direito humano fundamental”. Na década seguinte, o relatório da conferência serviu de base norteadora da política de saúde de vários países, colocando a Atenção Primária como principal estratégia de enfrentamento da crise do setor saúde, bem como propiciou a reestruturação do sistema e da organização dos serviços. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde passa a ser entendida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença (FREFIRE; MAGALHÃES, 2007)

No Brasil, as primeiras experiências de implantação da atenção básica também tiveram como referência a proposta apresentada em Alma Ata. Apesar do contexto sócio-político desfavorável e autoritário, alguns projetos de organização dos serviços municipais de saúde foram implementados, a partir da perspectiva de um sistema de saúde democrático, descentralizado e equânime.

## 2.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Política de saúde no Brasil só foi reconhecida pelo Estado após muitas lutas e reivindicações da classe trabalhadora na década de 1930. Anteriormente, a este período, a classe trabalhadora estava à mercê da caridade das igrejas e da filantropia das mulheres privilegiadas da classe burguesa. Contudo, o reconhecimento do Estado limitava-se ao indivíduo que tivesse vínculo empregatício, ou seja, carteira de trabalho assinada, os demais trabalhadores que se encontravam às margens do mercado de trabalho permaneciam dependente da caridade e da filantropia.

Segundo Mendes (1996), para que a política de saúde possa dar certo no Brasil torna-se necessário reconstruí-la em seus fundamentos medulares. Isso implica um processo de construção social de um novo sistema de saúde, o que exige mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente na concepção de processo saúde-doença, no paradigma

---

<sup>4</sup> Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão em setembro de 1978

sanitário, na prática sanitária e na ordem governativa da saúde na cidade. O mesmo ressalta que a mudança de paradigma é um processo lento, que exige um período de transição em que o novo convive com o velho.

No Brasil o conceito ampliado de saúde, apontado pelo autor, emergiu como resultado de amplas discussões em meio ao movimento da Reforma Sanitária, entre as décadas de 70 e 80, servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes no âmbito da saúde. A reforma sanitária surge na sociedade civil organizada, a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde que criticavam o modelo de medicina privatista vigente.

Em 1986 os movimentos populares conseguem se inserir na 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>5</sup> o que torna o evento um marco na história da política de saúde no Brasil, pois foi a primeira vez que a sociedade organizada pode participar do evento. A partir das resoluções tomadas nesta conferência, foi criado, inicialmente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), introduzido na Constituição Federal integrando o tripé da seguridade social (Saúde, Assistência e Previdência), uma das maiores conquistas do movimento da reforma sanitária que garantiu a saúde como um direito do povo e um dever do Estado.

O SUS é fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o paradigma médico-hospitalar. Segundo Marques e Mendes (2010), o ingresso da saúde no capítulo da seguridade social da Constituição Federal de 1988 representou a garantia dos direitos relativos à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Para os autores supracitados os princípios que regeram essa mudança foram:

[...] ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos; implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores interessados no processo decisório e no controle da execução das políticas; definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e garantia de um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos (MARQUES; MENDES, 2010, p. 159).

De acordo com Bravo:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de

---

Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (BRAVO, 2001, pag. 9)

Podemos constatar a materialização deste pressuposto impresso na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As diretrizes que norteiam o SUS foram formuladas de modo que pudessem possibilitar uma rede hierarquizada e regionalizada, tendo em vista, romper com o velho modelo assistencial de saúde e contribuir para um novo paradigma: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O início da década de 1990 foi marcado pela regulamentação da legislação infraconstitucional do SUS, as Leis Nº. 8.080/90 e Nº. 8.142/90. Estas leis objetivam a instituição do SUS de acordo com a concepção da saúde como um direito universal proposto na Constituinte e, portanto, como uma condição de cidadania. A primeira lei trata do processo de descentralização, definição de competências das três esferas de governo e da organização do sistema; e a segunda, da participação da sociedade e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros do governo federal às demais instâncias do sistema.

Assim, foi estabelecida uma série de normas que visam atingir tais diretrizes e princípios, com vista a integrar cada vez mais os municípios brasileiros às esferas de governos e à população. As Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96) tiveram por objetivo disciplinar os processos de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, as NOBs-SUS:

[...]além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal (BRASIL, 2007 p.108).

Com as Normas Operacionais Básicas - SUS 91, 93 e 96, a municipalização dos serviços materializa-se ao aproximar os serviços à população usuária, ajustando as

responsabilidades e o poder dos gestores municipais, bem como o alcance da atenção básica aos municípios brasileiros, independentemente de população ou recursos. Segundo Sales (2010), se estruturou uma rede nacional de serviços de saúde, que em 2000 tinha 99% dos municípios habilitados em algum tipo de gestão de saúde.

Após a elaboração das NOB-SUS 91, 93 e 96, foram publicadas ainda as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002), a fim de promover uma solução aos problemas ainda recorrentes no âmbito da organização do SUS, e também implementar os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. As NOAS-SUS estabelecem que os estados devem elaborar um Plano Diretor de Regionalização (PDR), com o intuito de garantir o acesso da população usuária e o estabelecimento de compromissos para o atendimento às referências intermunicipais. O processo de regionalização deverá ainda:

[...]contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2006, p.110).

O processo de descentralização proposto pelas Normas efetua-se através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre os entes federados, responsabilidades e prerrogativas, que culminam com a habilitação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), de forma complementar à NOB/96. Ela trata, fundamentalmente, da Regionalização da Assistência à Saúde, tendo como objetivo o aprimoramento dos mecanismos de pactuação entre os três níveis de gestão do SUS. E estabelece a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) compreendendo Regiões de Saúde e Módulos Assistenciais, bem como a ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, com a instituição da Gestão Plena da Atenção. Como pode ser constatado em seu artigo primeiro:

Art. 1º - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Marques e Mendes (2003) apontam que essa regionalização atribui destaque à Média e



Alta Complexidade, pois era considerado que esses níveis de atenção à saúde deveriam ser aprimorados para melhor garantir o processo de regionalização dos serviços de saúde. Portanto, a forma assumida pelo financiamento (limites financeiros para a média e alta complexidade) acaba configurando a política de saúde e reforça a centralização pelo Ministério da Saúde, o que cria constrangimentos ao exercício da autonomia local.

Assim, em 2006, através da Portaria N° 648, o Programa Saúde da Família passou a ser estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tornando-se, com isso, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Mendes (1996) se refere ao PSF como parte das propostas inovadoras para a formulação de novas práticas de saúde. Para ele, essas práticas devem se voltar para o paradigma da produção social da saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações direcionadas às famílias e à comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa. O PSF enfatiza a promoção e a prevenção, não se descuidando do aspecto curativo, com alta resolutividade, baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos ou sociais, e ainda com prioridade a intersetorialidade. Este documento, explícita a opção brasileira pelo conceito ampliado de Atenção Básica e passa a ser orientador dos gestores do SUS. Nele a Atenção Básica é definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

### 2.3 CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Na década de 1980 durante o processo de redemocratização do país, o Brasil passou por um período de grande mobilização dos movimentos sociais, o que possibilitou a garantia no texto Constitucional de 1988 de uma série de direitos sociais até então nunca postos pelo Estado brasileiro. Dentre essas conquistas, destaca-se a estruturação legal do sistema de Seguridade Social, composto pelas políticas de previdência social, assistência social e saúde, além do princípio da universalidade de acesso, principalmente, na saúde, controle social, entre outros. No entanto, mal o país dava os primeiro passos em relação a políticas sociais universalistas, iniciou-se, nos anos 1990, o desmonte e a inviabilização dessas políticas.

Os anos 1990 foram marcados pela consolidação dos ideais neoliberais nas políticas brasileiras. Segundo Behring (2003), dá-se início à contra-reforma do Estado: um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. Marques e Mendes (2010) destaca que o processo de modernização capitalista no Brasil culminou na hipertrofia do Estado e no

favorecimento deste em prol de apenas uma classe – a burguesa. Nessa perspectiva, floresce a crença de que a reforma do Estado deve dar-se no âmbito quantitativo, fiscal, financeiro e gerenciador, em detrimento do político, participativo e democrático.

O impacto da política neoliberal recaiu diretamente sobre os trabalhadores, pois os mesmos se viram ameaçados pela flexibilização produtiva, principal mecanismo de crescimento defendido pelos neoliberais, que implicou na desregulamentação dos direitos trabalhistas, no corte dos gastos sociais e no desemprego estrutural, tudo isso em nome do aumento dos lucros à custa da força produtiva do trabalho. Para Behring e Boschetti:

A contra-reforma do Estado foi implantada num contexto político e econômico de ajuste fiscal, com implicações político-ideológicas que demarcam as atuais tendências de retorno à filantropia para o enfrentamento da questão social, sob a égide do ideário neoliberal, demarcando a tensão entre o econômico e o social, elementos constitutivos das sociedades capitalistas. O escopo da contra-reforma do Estado pautava-se nas privatizações, na focalização e seletividade das políticas sociais e no retorno às ações filantrópicas, com forte apelo à solidariedade rebatendo nos direitos sociais conquistados em 1988, sob a alegação de que a Carta constitucional é perdulária e atrasada (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 20).

Ainda de acordo com Behring (2003), esse processo, comumente denominado de “reforma” do Estado, configura-se como uma verdadeira contra-reforma, tendo em vista que possui um conteúdo conservador e regressivo em relação aos direitos conquistados na Constituição de 1988. Dessa forma, as políticas sociais, especialmente as que compõem o tripé da Seguridade Social, não vêm sendo efetivadas como previsto na Constituição Federal de 1988, anulando alguns dos mais importantes direitos sociais da população.

A política de saúde não ficou imune as transformações do Estado. Apesar de todo avanço político conquistado com a constituição de 1988, a política de saúde passa a ser vinculada ao mercado, ou seja, passa a ser pautada apenas pela vertente de cunho econômico. Bravo (2011) aponta que:

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO, 2011, p. 35-36).

O projeto da saúde articulado ao mercado está pautado na política de ajuste fiscal, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e

descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico expresso na CF/88. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o atendimento básico.

Para Oliveira (1985), o Fundo Social de Emergência (FSE) constituiu-se a primeira estratégia de liberdade alocativa dos gastos públicos no interior do orçamento, eliminando a vinculação de receitas com claros objetivos de gerar superávit primário para pagar os juros da dívida pública. Em 1999 foi renomeada para DRU (Desvinculação da Receita da União) que permitia ao Estado desvincular 20% da receita da união para o mesmo fim.

Nas palavras de Mendes (1996), essa desvinculação oferece ao governo total liberdade no uso dos recursos públicos, os quais estão sendo destinados, sobretudo aos cofres externos (pagamento da dívida externa). O governo, por sua vez, insiste em manter tal desvinculação sob a justificativa de que a flexibilização do orçamento pode garantir crescimento ao país.

Essa proposta ameaça os direitos sociais da Constituição de 1988, particularmente o sistema de Seguridade Social, uma vez que subtrai recursos e rompe com as conquistas sociais, atualmente protegidas pelo artigo 195 da Constituição de 1988. Contudo, o prejuízo não é exclusivo da Seguridade Social (previdência, saúde e assistência social, pois atinge também as áreas de educação e trabalho) [...] a reforma tributária propõe alterações no artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, garantindo a continuidade da DRU até 31/12/2011. Em 2008, esse mecanismo retirou R\$ 39 bilhões da Seguridade Social, com a finalidade de garantir a meta de superávit primário. (MENDES, 2009, p. 250).

Assim, para gerar o superávit primário (a partir da orientação do FMI), o governo tem como objetivo “arrecadar mais do que gasta”, ou seja, fazer com que as receitas sejam maiores que as despesas, não considerando nas despesas o pagamento de juros da dívida. Isso transforma o Superávit Primário em ferramenta essencial para o pagamento da dívida pública (BRASIL, 2002).

No ano 2000, outro mecanismo foi encontrado pelo governo na tentativa de resolver o problema do financiamento da saúde com a criação da Emenda 29, que teve a intenção de vincular recursos para a saúde pública, em sintonia com as esferas de governo, bem como com a variação do PIB. Deste modo, a Emenda define os percentuais mínimos de cada esfera – união, estado e município – na área da saúde. Passou a ser responsabilidade da esfera estadual o investimento de 12% e aos municípios 15% de recursos próprios. Em 2011 a

emenda foi regulamentada pelo governo Dilma Rousseff, um avanço significativo para o financiamento da saúde, pois só a partir de então os gastos deste setor foram definidos: controle sanitário e de epidemia, compra de medicamentos e equipamentos médicos, reforma de unidades de saúde desenvolvimento tecnológico e capacitação pessoal.

Contudo, sua efetivação não se tornou prioridade do governo. Marques e Mendes (2007) afirmam que, ao contrário, o governo petista começa a abrir precedentes que desvirtuam a ideia central da emenda, passando a considerar como gastos na saúde despesas que não se relacionam a ela.

Outro agravante gerado por parte do governo federal em relação à EC/29 é o não cumprimento do mesmo no repasse de verbas à saúde de acordo com a variação nominal do PIB. Neste sentido, Santos (2008) aponta que mesmo que se isso fosse cumprido, ainda assim não contemplaria as atuais necessidades do setor de saúde em função do avanço tecnológico e o crescimento populacional. O financiamento anual da saúde brasileira ainda é menor do que em países como Uruguai, Costa Rica e Argentina, todos esses com receitas internas inferiores à arrecadada no Brasil. Em termos de comparação, o autor divulga que seria necessário para cumprir as prerrogativas do SUS (universalidade, equidade e integralidade), um investimento de R\$ 106 bilhões, ao contrário dos apenas R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento de 2008.

Portanto, podemos perceber que no Brasil a saída para enfrentar a crise do setor saúde se dá segundo as premissas da política neoliberal, a partir do investimento na atenção básica. A implantação do Programa Saúde da Família faz parte de um caminho global de reorganização dos serviços de saúde, em consonância com o preconizado pelas agências internacionais de financiamento.

Nesta perspectiva Bravo (2011), chama atenção para as diretrizes da NOB/96.

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que regula os planos e seguros privados de saúde, bem como a desarticulação da atenção básica da secundária e terciária, dividindo o SUS em dois blocos: hospitalar (com ampla “parceria” com a rede privada) e assistência básica através de programas focais (com caráter público), ou ainda como “deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores” (BRAVO, 2002, p. 210).

Assim, apesar da constituição federal garantir o acesso a saúde como direito universal de todos, na prática tem-se um acesso polarizado, visto que prevalece a clássica divisão que separa a população entre pobres e ricos, por combinar o acesso a serviços privados para os que detêm certo poder aquisitivo e o acesso ao SUS para os ‘menos’ favorecidos.

## 2.4 SAÚDE DA FAMÍLIA: EFETIVAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE NO BRASIL?

Ao longo da história, as políticas de saúde no Brasil refletiram o momento vivido, a economia vigente e o papel do Estado. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde é considerada como marco referencial legitimado universalmente no processo das reformas setoriais, promovidas pelo governo federal, ocorridas desde a década de 1980. Em sua concepção filosófica, estão embutidas a promoção da saúde e a qualidade de vida da população, além das questões próprias da organização dos serviços de saúde.

A atenção básica no país inicia sua trajetória em 1982 com a aprovação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), onde pela primeira vez a população não que fazia parte da classe trabalhadora passou a também ser assistida pelo estado. De acordo com Escorel (2008), com este programa, foi criado não sem muitas resistências, se inicia o processo de universalização da assistência médica.

Em 1991 surge o Programa de Agentes Comunitários (PACS), tendo como finalidade contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A experiência exitosa do estado do Ceará chamou a atenção do Ministério da Saúde, que passou a ter como foco às famílias e não mais o indivíduo isolado no atendimento.

Assim, em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde e enfrentar a crise econômica do setor. O programa busca a superação do modelo de saúde centrado nos hospitais, em um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, e passa a valorizar os aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. Ou seja, a família passa a ser o objeto de atenção no ambiente em que vive, o que permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Inicialmente, foi pensado para ser implementado nos municípios de pequeno e médio porte, com até 50 mil habitantes, por serem considerados, pelo governo federal, como de maior aceitação na mudança do modelo assistencial da saúde. O governo considerava os municípios de grande porte um entrave para implantação do PSF, devido à existência de uma rede hospitalar, estruturação e a concepção de saúde doença bastante enraizada.

Segundo o Ministério da Saúde define o objetivo do PSF como:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997).

O eixo estruturante do programa fundamenta-se na organização de equipes multiprofissionais, formadas, a princípio, por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários que passam a ser responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, assim como no monitoramento da saúde desta comunidade.

A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais à comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

A partir da portaria nº 648 de 28 de março de 2006, a saúde da família deixa de ser programa, de caráter temporário, e passe a ser considerado Estratégia de Saúde da Família, como um reconhecimento ao programa que deu certo no país. A Política Nacional de Atenção Básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva da estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB), através da Portaria GM/MS N.º. 154, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Os NASFs são compostos por profissionais de diversas áreas de conhecimento na área de saúde. Os profissionais que podem compor os NASFs são: médicos (acupunturistas, ginecologistas, pediatras, homeopatas, psiquiatras), assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais que compartilham a construção de práticas em saúde.

### **3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

O capítulo do financiamento sempre foi um entrave para efetivação das políticas

públicas no Brasil, em especial, depois da contrarreforma do Estado. No que tange à atenção básica, alguns mecanismos foram criados com intuito de diminuir a distância entre legalização e efetivação. Um exemplo disso foi a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) na NOB/96 que causou impacto direto no PSF com acelerada expansão. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1994, ano da criação do programa, havia, no Brasil, 328 equipes implantadas em 55 municípios brasileiros; em 1998, ano da implantação do PAB, o número de equipes passou para 3.083 e o número de municípios elevou-se para 1.134108.

A NOB/ 96 define o Piso da Atenção básica (PAB) como sendo:

[...] um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional (BRASIL, 1996).

O grande obstáculo neste caso é a má administração desses recursos pelos municípios, pois expandir o Programa Saúde da Família não necessariamente significa melhoria nos serviços prestados à população usuária.

### 3.1 EXPANSÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

No início do ano de 2000 a Secretaria de Saúde do Estado reconhece a concretização da pactuação da gestão do teto financeiro global do município de Campina Grande, aprovado pela CIB/PB. Esse pacto estabeleceu o teto financeiro global para o município no valor de R\$ 35.755.499,80, com a gestão compartilhada entre as duas Secretarias, a municipal e a estadual (FERNANDES; MAIA, 2004).

A Secretaria de Saúde passou a ter mais autonomia, bem como passou a administrar uma parcela maior de recursos, assumindo, assim, como afirma os autores supracitados:

[...] a prerrogativa de realizar auditorias, decidir sobre o credenciamento e descredenciamento de instituições, negociar a contratação de serviços com os prestadores públicos, filantrópicos e privados, inaugurando uma nova fase na gestão municipal, mais próxima, inclusive, daquele que era esperado e que seria de direito desde o ano de 1988 (FERNANDES; MAIA, 2004, p.121).

A expansão do Programa foi bastante lenta, tornando-se mais expressiva apenas nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município.

No ano seguinte, as equipes do PSF receberam reforços de outros profissionais, ampliando assim as especialidades oferecidas pelo programa, tais como o assistente social, o cirurgião-dentista e o auxiliar em saúde bucal (ASB), todos eles na proporção de um profissional para cada duas equipes. Entre as melhorias no programa destacam-se:

[...] a abertura de novas Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal, e a despreciação contratual dos Agentes Comunitários de Saúde, a realização do concurso público e a contratação de novos ACS, a efetivação de cursos e oficinas para o aprimoramento e qualificação dos profissionais, a continuidade de reformas e ampliações das Unidades Básicas de Saúde da Família e Centros de Saúde, dentre outras ações (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010-2013, p. 28).

De acordo com os dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)<sup>6</sup>, a rede de atenção básica do município de Campina Grande, até o final de 2013, era formada por 106 equipes do ESF, compostas por 550 profissionais e distribuídas em 78 unidades, atendendo 90,5% da população (280.597 mil).

A Estratégia Saúde da Família e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde cobrem em 73,1% a população campinense, com a zona rural coberta em 100%, o que totaliza uma população de 280.597 mil.

### 3.2 POLITICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

O município de Campina Grande, localizado no interior da Paraíba e conhecido historicamente como capital do trabalho e por seu pioneirismo. De acordo com dados do IBGE, o município destaca-se por ser o segundo maior PIB do Estado, com o percentual de 13,63% do total das riquezas produzidas. Atualmente, a cidade possui uma população de 400.002 mil habitantes e é considerada a maior zona metropolitana do interior brasileiro. Destaca-se, ainda, por ser cidade universitária, tendo várias faculdades e universidades, onde três destas são públicas, o que reflete no desenvolvimento de pesquisa e projetos nacionalmente reconhecidos.

---

<sup>6</sup> [www.datasus.gov.br/SIAB/index.php](http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php)



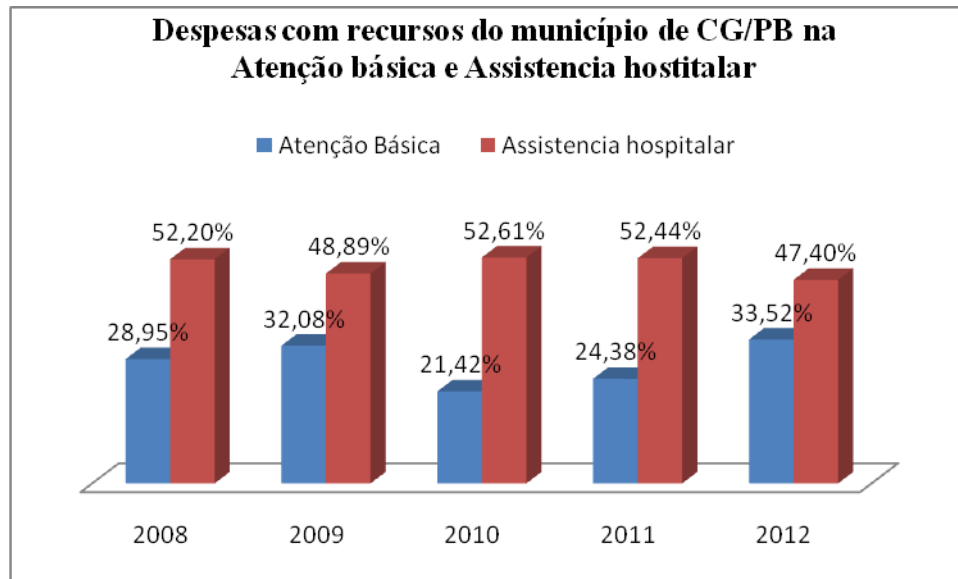
No tocante à política de saúde, o município reforça sua característica pioneira, quando no ano de 1994 foi um dos treze municípios do país a implantar o programa Saúde da Família como saída encontrada para iniciar o processo de mudança do modelo assistencial do setor. O programa foi espelhado na atenção básica desenvolvida pelos cubanos, em que uma comitiva de especialistas em “medicina familiar” auxiliou na sua efetivação.

Neste mesmo ano, o município foi dividido em seis distritos sanitários. Segundo Mendes (1996) a distritalização é uma das estratégias conhecidas de descentralização dos serviços de saúde, que tem como premissa básica a mudança do modelo de assistência à saúde. Porém, Fernandes e Maia (2004) apontam que a experiência de implantação dos distritos sanitários em Campina Grande parece muito mais orientada pela concepção topográfica-burocrática, do que pela forma de reorganização dos serviços de saúde e de transformação das práticas sanitárias.

O município seguiu a orientação do Ministério da Saúde para formação das equipes, sendo estas compostas de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, responsáveis por um grupo de seiscentas a mil famílias. Inicialmente, foram estruturadas cinco equipes divididas entre os bairros do: Pedregal, Multirão e Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa tiveram por base os dados epidemiológicos: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Apesar dos esforços da secretaria municipal de saúde em reformar o modelo assistencial, modelo hospitalocêntrico-privado ainda é predominante na estrutura da política de saúde de Campina Grande. Entre os anos de 2008 a 2012 o município investiu mais no modelo Hospitalar do que na Atenção Básica, como mostrar o gráfico a seguir.

Gráfico 1 – % de despesa com recursos do município de CG/PB na Atenção básica e Assistência hospitalar



Fonte: Dados do SIOPS, elaboração própria.

O gráfico apresentado foi elaborado com base nos dados disponibilizados pelo SIOPS<sup>7</sup>. Aqui, podemos verificar que a maior parte dos recursos próprios do município foi investida na assistência hospitalar ao longo dos últimos cinco anos<sup>8</sup>. Os números demonstram que no ano de 2012 o percentual de recursos aplicados obteve sua menor disparidade, com uma diferença de 13,88%, entre os dois níveis de complexidade. Ainda assim, no período analisado, não houve um investimento paritário, nem tampouco a priorização da atenção básica.

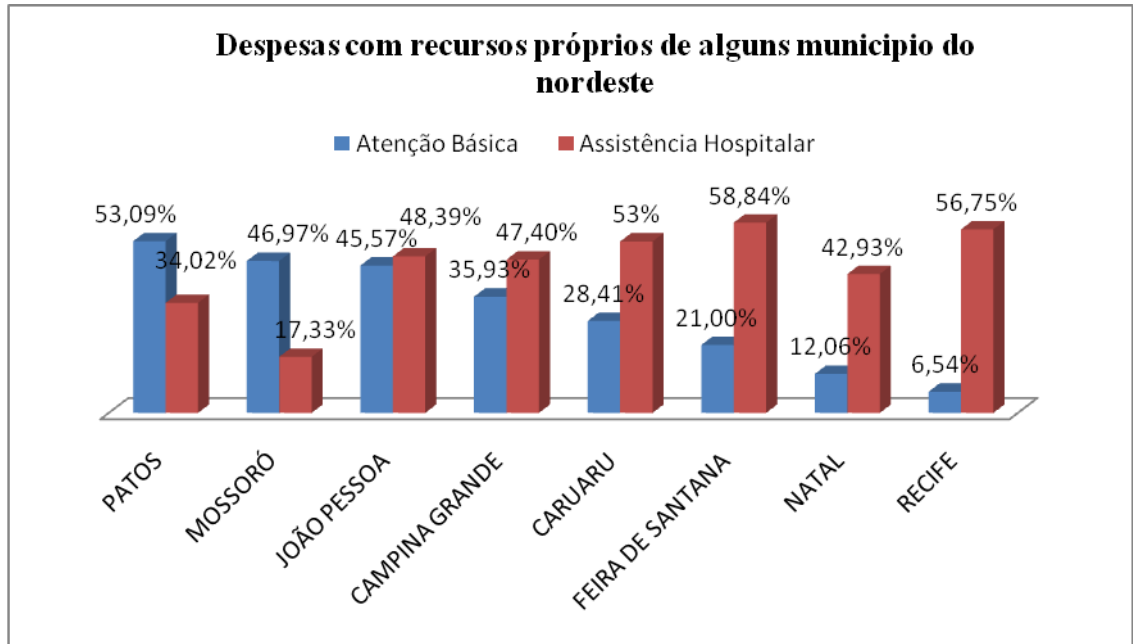
O município de Campina Grande mantém o modelo hospitalocêntrico, que prioriza os serviços de média e alta complexidade, fortalecendo o paradigma conservador da saúde, voltado, especificamente, para a cura de doenças. Tal observação pode ser confirmada pelos baixos investimentos da gestão local com a atenção básica e, conseqüentemente, com a Estratégia de Saúde da Família.

Dentro de um contexto ampliado, é necessário comparar o modelo adotado em CG/PB, com alguns outros municípios do nordeste. Para tanto, foram escolhidas três capitais (João Pessoa/PB, Natal/RN e Recife/PE) e quatro municípios de médio porte (Patos/PB, Campina Grande/PB, Mossoró/RN, Caruaru/PE e Feira de Santana/BA). O gráfico a seguir retrata a realidade de investimentos realizados com recursos próprios destes municípios, na AB e na AH, no ano de 2012.

Gráfico 2 – Despesas com recursos próprios de alguns municípios do nordeste

<sup>7</sup> Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Siops.datasus.gov.br

<sup>8</sup> Os dados referentes ao ano de 2013 ainda não estão disponíveis no tocante ao investimento anual nestes seguimentos



Fonte: Dados do SIOPS, elaboração própria.

Entre as capitais pesquisadas, o município de João Pessoa/PB é o que mais investe em atenção básica, 45,57%, quase se equiparando ao investimento na assistência hospitalar com 48,39%. A capital paraibana também sai na frente com relação ao investimento da segunda maior cidade do Estado, Campina Grande, que em 2012, investiu 35,93% da sua arrecadação própria. Por outro lado, o município paraibano que mais investiu em atenção básica foi Patos, que com seus 53,09%.

Por sua vez, a capital pernambucana, Recife, teve a maior disparidade em percentual de investimentos entre as duas complexidades de saúde. Não podemos desconsiderar que a mesma é referencia no atendimento hospitalar para o nordeste, contudo é preocupante que apenas 6% da sua arrecadação própria, venha a ser investida na atenção básica. Este cenário também pode ser observado em Caruaru, município do mesmo estado, que investe 53% na AH em detrimento aos 24,41% da AB.

No estado Potiguar (RN), o cenário se repete na capital Natal, contudo, em seu segundo maior município, Mossoró, o investimento em Atenção Básica é quase o triplo do investimento em assistência hospitalar, o oposto do que acontece com o maior município do nordeste Feira de Santana/BA, que investe quase o triplo na AH.

Em se tratando do município de CG, o sistema de saúde possui forte presença do nível de atenção hospitalar, em contraposição à preocupação do movimento sanitaria. Além disso, cabe ressaltar que os hospitais dos municípios são predominantemente privados, o que ainda

contrasta com a preocupação de um sistema que tenha serviços públicos como prioritários e privados apenas como complementar (MEDEIROS JÚNIOR, 2010).

As dificuldades e obstáculos enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde para assumir as atribuições e responsabilidades pertinentes à gestão plena do sistema municipal têm origem na resistência apresentada pelo secretário Estadual de Saúde em assumir o novo papel a ela destinado pela Norma Operacional Básica 01/96, dificultando o diálogo e o entendimento entre as duas instâncias de governo (Fernandes; Maia, 2004, p. 125).

Fernandes e Maia (2004) apontam outro obstáculo para efetivação de um novo modelo assistencial, a disputa de poder entre os gestores municipais e estaduais, o que torna a municipalização da saúde um processo lento e conflituoso.

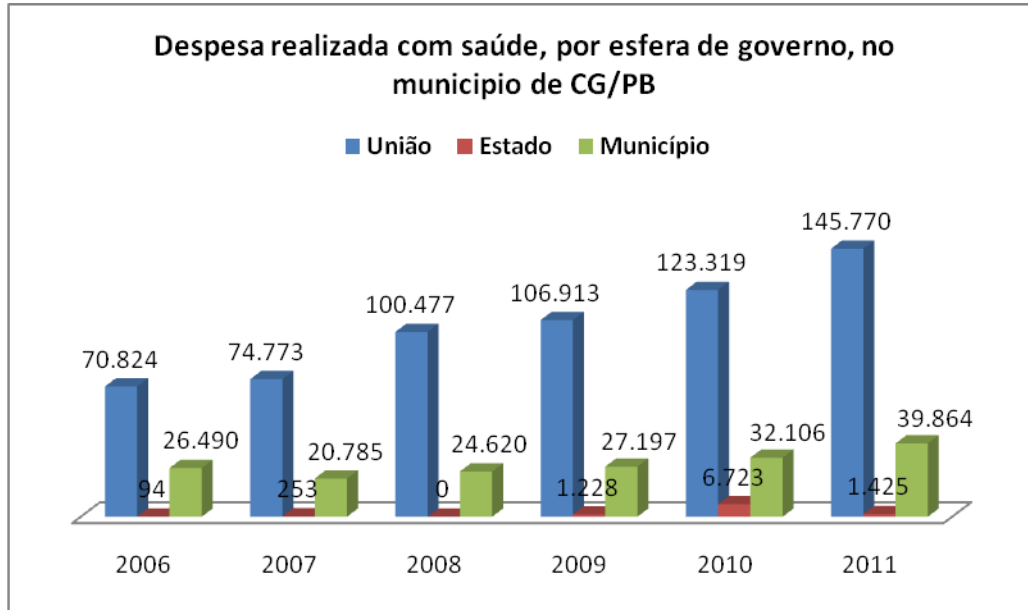
### 3.3 ANÁLISES DAS DESPESAS REALIZADAS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE (2006/2011)

É de conhecimento público que os gastos com a saúde no Brasil são largamente financiados por recursos federais. No município de Campina Grande esta realidade não poderia ser diferente. Marques e Mendes (2014) destacam que há quem considere que hoje a participação de recursos federais no financiamento da saúde pública seja menor, pois esta sendo preenchida pelos municípios. Mas ao contrário, o governo federal continua sendo o agente definidor da política de saúde no território nacional.

Sem dúvida, em um país onde os municípios são caracterizados por enorme heterogeneidade de tamanho e renda, os repasses federais cumprem – e deverão continuar cumprindo – papel fundamental na busca da equidade do gasto de ESF. Isso não significa que a instância municipal não tenha responsabilidade em garantir recursos tributários próprios. (MARQUES, MENDES, 2014, Pag. 483)

Esta afirmativa pode ser constatada pelos dados apresentados pelo SIOPS apresentados abaixo.

Gráfico 3 – Despesa realizada com saúde, por esfera de governo (em mil reais)



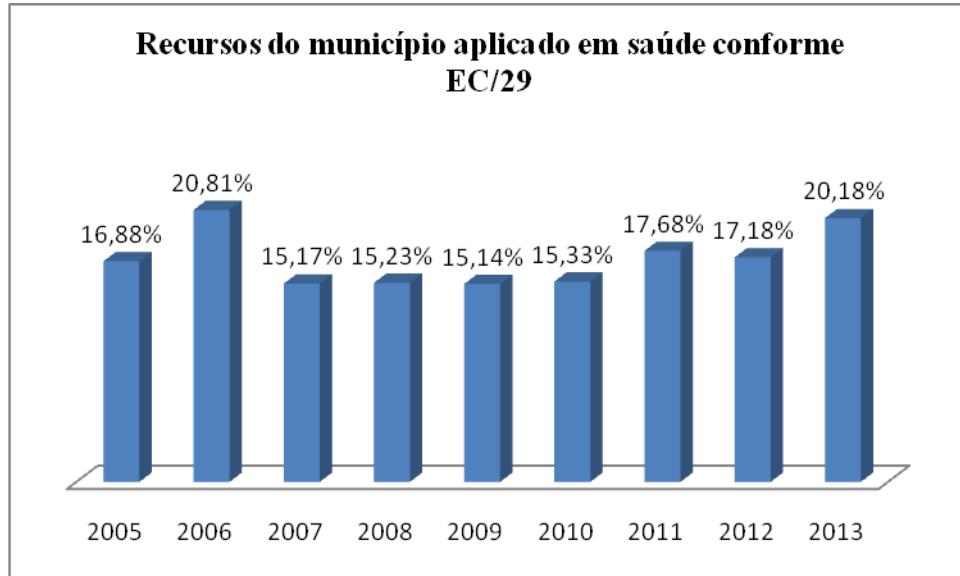
Fonte: Dados do SIOPS, elaboração própria.

O investimento destinado ao setor saúde, por parte do governo federal, cresceu expressivamente desde a expansão do ESF em 2006. Em todos os anos analisados este ente federativo foi de fundamental importância para garantia dos recursos da saúde no município de CG/PB.

Por outro lado, chama atenção a participação, quase que insignificante do Estado, tendo sua menor representatividade no ano de 2008, quando o estado não repassou nenhum recurso direcionado ao financiamento da saúde no município. Embora este ente federativo cumpra o que ficou determinado pela Emenda Constitucional nº29/200, 12% da sua arrecadação de impostos, vale ressaltar que não há exigência de que este percentual seja dividido entre os 223 municípios que compõem o estado, cabendo a este o critério de prioridades de investimentos.

Já o município por sua vez, vem cumprindo com o percentual determinado pela EC/29. O ano de 2006, com a expansão ESF, teve um volume de investimento bastante significativo. Nos dois anos seguintes o município reduziu os gastos com saúde, recuperando gradativamente nos anos posteriores. O gráfico 3 ratifica com mais nitidez esta afirmativa

Gráfico 4 – Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000



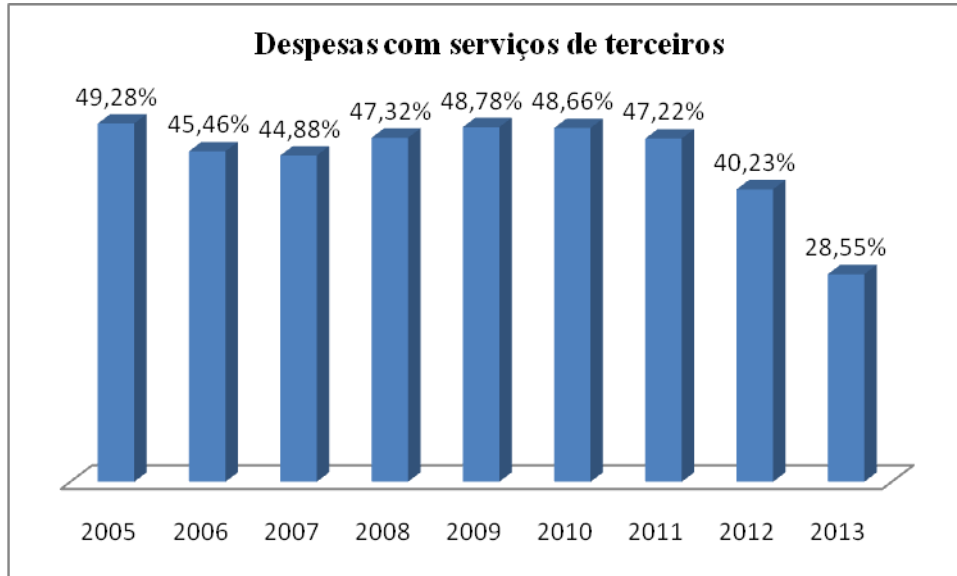
Fonte: Dados do SIOPS, elaboração própria.

A Emenda Constitucional nº. 29 têm o objetivo de “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, alterando os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição e acrescentando o artigo 77 ao Ato das Disposições Transitórias” (BRASIL, 2000).

Verifica-se que o governo municipal vem destinando o percentual de recursos próprios arrecado para setor saúde. Durante o período entre os anos de 2007 a 2010, o investimento limita-se ao percentual mínimo de 15%, com pequenas variações. A partir dos anos de 2011, este percentual vem aumentando gradativamente, tendo seu ápice em 2013.

Outro fator que reflete uma melhor aplicabilidade dos recursos da saúde foi a regulamentação da EC/29 a partir de 2012. Seu maior impacto pode ser visualizado no ano de 2013, pois além de ter sido o ano em que o município aumentou seu percentual de investimentos, também foi o ano em que os gastos com terceiros teve sua maior redução no período de 2005 a 2013.

Gráfico 5 – Despesa com serviços de terceiros

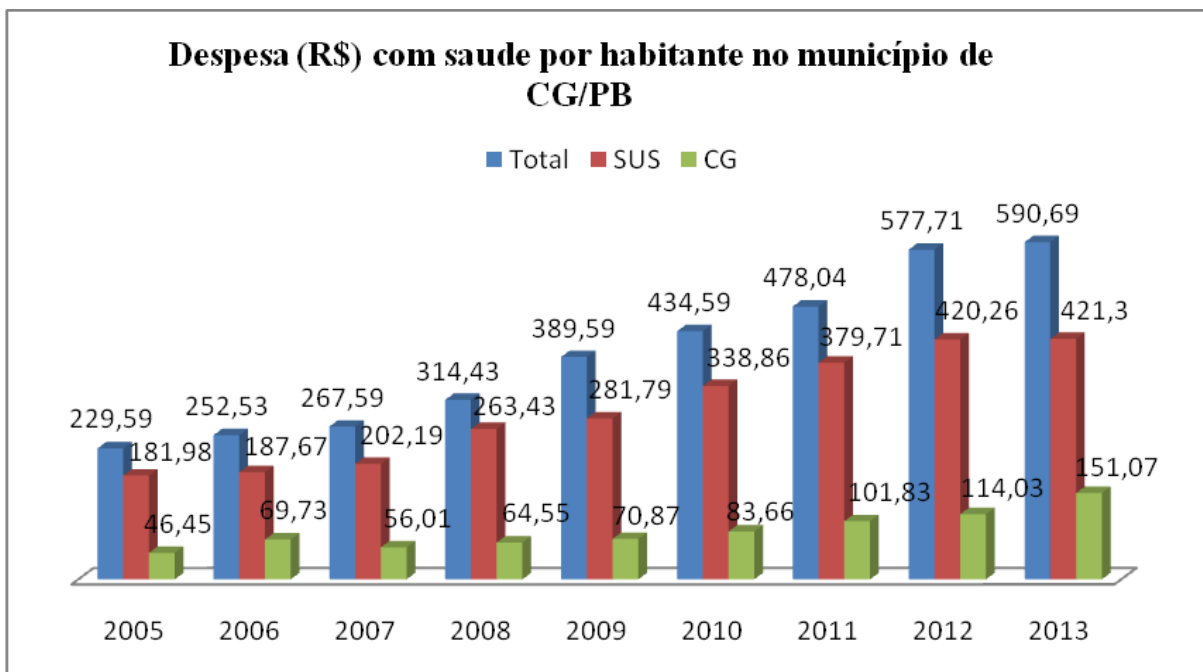


Fonte: Dados do SIOPS, elaboração própria.

Conforme citado anteriormente, a regulamentação desta emenda define quais são os itens que compõem os gastos com a saúde. Desta maneira os gastos que, anteriormente à regulamentação, eram aprovados pelos tribunais de conta, tais como fardamento escolar e pensão, passam a ser vetados a partir de 2012.

Na busca de uma análise um pouco mais aprofundada, os dados apresentados a seguir revelam o investimento per capita com saúde no município.

Gráfico 6 – Despesa (R\$) com saúde por habitante no município de CG/PB



Fonte: Dados do SIOPS, elaboração própria.

Neste contexto, os indicadores demonstram um gradativo aumento do gasto com saúde por habitante por parte do governo federal e municipal. Vale explicar que o cálculo feito para chegar ao valor gasto por habitante, é a divisão do total de habitantes no município pelo total gasto com saúde.

Vale ressaltar que se for somada a despesa realizada pela união com a realizada pelo município, restará um valor mínimo referente ao gasto do Estado com a saúde nesta localidade. Nesta perspectiva, a apreciação do ano de 2013, onde houve o maior gasto per capita, revela que se for somando os R\$ 421,30, repassados pela união com os R\$ 151,07, referente ao investimento do município no setor, temos a diferença de R\$ 18,32 que nos cabe inferir ser o valor repassado pelo Estado para atenção básica de CG/PB.

Observa-se que nos últimos anos analisados o percentual das despesas vem aumentando, sendo o pico deste aumento nos anos de 2009 e 2010.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A política de saúde no Brasil e em particular no município de Campina Grande, recebeu entre 2005 e 2013 investimentos crescentes por parte da união e do município, contudo ainda não foi o suficiente para o fortalecimento do conceito ampliado de saúde.

Diante dos dados analisados, ficou perceptível que a mudança de modelo está distante de ser alcançada. O município de Campina Grande está de certa forma numa posição mediana neste avanço, se comparado aos municípios do nordeste analisados aqui.

Com relação ao financiamento, foi possível perceber que os recursos destinados à atenção básica apresentou tendência crescente nos últimos anos. Ficou claro que ainda nos dias atuais o município de Campina Grande depende de recursos do governo federal para garantia da atenção básica.

Por outro lado, observou-se que grande parte dos recursos é destinada a assistência hospitalar. O modelo hospitalocêntrico ainda é predominante na estrutura da política de saúde de Campina Grande. Os dados demonstram que entre os anos 2006 e 2011 o município investiu mais no modelo hospitalar do que na atenção básica, sendo importante ressaltar que a maioria dos hospitais da cidade é de propriedade privada.

Ressalta-se, ainda, que esses investimentos são compostos expressivamente por



recursos intragovernamentais e são aplicados, em grande parte, nos serviços de média e alta complexidade, mantendo, assim, o modelo hospitalocêntrico, baseado no paradigma conservador da saúde, voltado para a cura de doenças, contradizendo os preceitos contemporâneos da assistência à saúde, que determina a atenção básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tendo como eixo prioritário a Estratégia Saúde da Família.

Os dados nos revelam que o gasto com a saúde por habitante no município vem aumentando gradativamente, porém, ainda é insuficiente para garantir as necessidades básicas no âmbito da saúde. Apesar de ser municipalizado, este ente federado destina poucos recursos para a saúde, cumprindo de forma burocrática a Emenda Constitucional nº29. No último ano, o cumprimento da meta ultrapassou a média que vinha sendo aplicada, mas ainda é cedo para afirmar que esta seja uma tendência crescente e permanente.

É necessária uma reformulação de prioridades e estratégias que poderia ser conseguida pela pactuação entre os governos, para que houvesse especulações sobre a dificuldade real de qual é o problema central, e, desta forma buscar soluções, objetivando o benefício dos usuários do SUS. Como é sabido, o cuidado com a saúde começa na prevenção e promoção de saúde, e isto é feito no primeiro nível de atenção (atenção básica), desta forma, é de extrema importância o seu funcionamento efetivo, o que vai levar a benefícios, tanto financeiros (para os governos, diminuindo despesas com os outros níveis de atenção) como proporcionando a eficácia da assistência à saúde pública (para os usuários).

## REFERÊNCIAS

BERING, E. R; BOSCHETTI, **Política Social: Fundamentos e história**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

BOSCHETTI, I. ; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. Serviço Social e Sociedade, n. 87, São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19/09/ 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal (1988). **Emenda Constitucional nº 29**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília:

Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 06 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <www.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria 2.488/2011**. Brasília, DF, 2011

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **A Política de Saúde no Brasil**. Capacitação para Conselheiros da Saúde. BRAVO. M. I. S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de; (Orgs.). Rio de Janeiro: UERJ. NAPE, 2011.

CAMPINA GRANDE. Paraíba. **Plano Municipal de saúde, 2010-2013**.

CARVALHO, A. I. de. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: A Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385- 434.

FERNANDES, A.; MAIA, C. L. **Dos Atores e dos Cenários: Municipalização da Saúde em Campina Grande**. 22 ed., Campina Grande: EDUEP, 2004.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23, , jul.2007

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, R. M; MENDES, A. A luta pelo financiamento da Saúde pública Brasileira: de 1985 a 2008. In: **XV Encontro Nacional de Economia Política: América Latina e Brasil na nova configuração do capitalismo**. São Luís, 2010

\_\_\_\_\_. A Dimensão do Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Contexto do SUS. In: **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes editora, P.458-517, 2014

MEDEIROS JÚNIOR, G. **Desafios da Municipalização da Saúde: Evolução do Fundo Municipal de Saúde e Perspectivas de Implantação de um novo Modelo de Saúde em Campina Grande**, 1999. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário**. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, J. A. de; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.360 p.

SANTOS, N. R. **Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos**. Ciênc. Saúde Coletiva [online], 2008. v. 13, n. 2, p. 2009-2018

TRIVIÑOS. A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo. Atlas, 1987